JE MAINTIENDRAI

# STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 756

13 januari 2016

## Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

*Nr. C2014.453*

Beslissing in de zaak onder nummer C2014.453 van:
**DE INSPECTEUR VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**, kantoorhoudende te A. en B., appellant; klager in eerste aanleg, gemachtigde: mr. M.F. van der Mersch, advocaat te Den Haag,
tegen
**N.**, cardioloog, destijds werkzaam te D., verweerder in beroep, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. drs. S. Slabbers, werkzaam bij DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

### 1. Verloop van de procedure

De inspecteur voor de gezondheidszorg – hierna: IGZ – heeft op 18 december 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen N. – hierna: de cardioloog – een klacht ingediend. Bij beslissing van 28 oktober 2014, onder nummer 2013-308c, heeft dat College de maatregel van berisping opgelegd. IGZ is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De cardioloog heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 november 2015, waar IGZ is verschenen, vertegenwoordigd door E., coördinerend specialistisch senior inspecteur en door F., bijgestaan door voornoemde gemachtigde en mr. J.A.E. van der Jagt. Ook de cardioloog is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten ter zitting nader toegelicht, onder overlegging van pleitnotities.

### 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.
*"2. **De feiten***

*2.1 Arts N. was sinds 2004 als cardioloog werkzaam in het G. Ziekenhuis te D. (verder: G. of het ziekenhuis).*

*2.2 In 1991 bestond de maatschap cardiologie (verder ook: Maatschap) van het G. uit twee cardiologen, vanaf 2004 uit drie (waaronder arts N.) en vanaf 1 juli 2012, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2012, uit vier cardiologen. Binnen de Maatschap is een verdeling gemaakt in werkzaamheden. De "hoofdtaak" van arts N. was het verrichten van afdelingswerkzaamheden, inclusief de Afdelingsbeleidszaken, waaronder het bijhouden van de protocollen. Sinds 2007 was tevens J. als AGNIO (hierna: arts-assistent) werkzaam op de afdeling cardiologie. Deze arts-assistent maakte geen deel uit van de Maatschap maar was in dienst van het G.*

*2.3 In november 2011 heeft de Raad van Bestuur (verder: RvB) van het G. naar aanleiding van de hoge Hospital Standardised Mortality Ratio (sterftecijfer, verder: HSMR) van het jaar 2010 besloten dossieronderzoek te laten verrichten. De RvB heeft extern onderzoeksbureau K. opdracht gegeven dossiers van specifiek geselecteerde patiënten met de diagnose hartfalen en acuut myocard infarct (verder: AMI), overleden in 2010, te onderzoeken in verband met afwijkende/hoge sterftecijfers (SMR) binnen deze diagnosegroepen. Door K. werden 51 dossiers onderzocht van patiënten die in 2010 in het ziekenhuis zijn overleden en die vallen onder de diagnosegroepen AMI en hartfalen. Deze dossiers werden onderzocht op onbedoelde potentieel vermijdbare medische schade.*

*2.4 Naar aanleiding van het hoge HSMR van het G. en het achterwege blijven van calamiteitenmeldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: IGZ), heeft de IGZ op 11 juni 2012 een gesprek met de RvB en de voorzitter van de Veiligheidscommissie Patiëntenzorg van het G. gevoerd.*

*2.5 Op 22 augustus 2012 bracht de IGZ een aangekondigd bezoek aan het G., waar zij ook de afdeling cardiologie bezocht. De IGZ voerde die dag diverse gesprekken: onder meer met de Veiligheidscommissie, het bestuur van de medische staf, de voorzitter van de RvB en een aantal verpleegkundigen. Ook sprak de IGZ met één cardioloog (arts L.) uit de Maatschap in verband met een calamiteitenmelding (dossier 2013-308b).*

*2.6 In augustus 2012 werd door de IGZ een onderzoek naar de kwaliteit van het professioneel cardiologisch handelen (periode 2010-2012) van drie van de vier cardiologen uit de Maatschap van het G. (verweerders) gestart. Voor het onderzoek werd naast interne expertise gebruik gemaakt van een externe cardioloog die als deskundige zijn zienswijze heeft gegeven.*

2.7 *Op 26 september 2012 vond een onaangekondigd bezoek van de IGZ aan het G. plaats. Daarbij werd ook de afdeling cardiologie bezocht. Onderzoeksonderwerpen binnen voornoemde afdeling waren onder meer hoofdbehandelaarschap, dossiervoering, communicatie en gebruik van protocollen.*

2.8 *De IGZ, die concludeerde dat er sprake was van ernstige tekortkomingen in de zorg, besprak op 27 september 2012 haar bevindingen met arts N., zijn collegae cardiologen en de RvB van het G. (productie 4 klaagschrift).*

2.9 *Op* ***18 oktober 2012*** *stuurde de IGZ het* ***inspectierapport*** *naar aanleiding van de algemene toezichtbezoeken van 22 augustus en 26 september 2012 aan het G. (productie 5 klaagschrift), waarbij de IGZ ten aanzien van de vakgroep cardiologie verbetermaatregelen eist. Als conclusie vermeldt dit rapport:*

*"3.1 Begroting / Financieel*

*Het G. ziekenhuis bevindt zich momenteel in een slechte financiële situatie waarin het ruim vijf miljoen euro moet bezuinigen. Het gevaar dreigt dat er onvoldoende aandacht is vanuit de RvB voor patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.*

*3.2 Patiëntveiligheid en kwaliteit*

*Patiëntveiligheid en kwaliteit zijn geen vaste punten op de agenda van overleggen die de RvB heeft met de RvT en de medische staf. Hierdoor, maar ook door het ontbreken van verantwoordelijkheden over de borging en naleving van verbetermaatregelen naar aanleiding van meldingen, calamiteiten en patiëntbesprekingen, vindt onvoldoende evaluatie van zorguitkomsten plaats.*

*Zowel de medische staf als de RvB hebben geen structureel inzicht in visitatierapporten en daardoor geen volledig beeld van de organisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg door de diverse vakgroepen. Hierdoor kan geen adequate (be)sturing en bewaking plaatsvinden van de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.*

*Complicatieregistraties en besprekingen zijn onvoldoende waardoor zorguitkomsten niet goed kunnen worden geëvalueerd en zodoende ook niet kunnen worden verbeterd.*

*Hierop aansluitend wordt er door vakgroepen nauwelijks gestuurd op en gemeten aan landelijke benchmarks. Hierdoor is de norm van de door hun geleverde zorg niet inzichtelijk.*

*Uit calamiteitenrapportages van de afgelopen jaren blijken dezelfde onderwerpen herhaaldelijk de (vermijdbare) oorzaak te zijn van een niet gewenste zorguitkomst bij de patiënt. De aanbevelingen en acties, volgend uit onderzoeksrapportages, zijn nauwelijks SMART geformuleerd en daarbij ontbreekt de verantwoordelijkheidstoedeling. Hoofdbehandelaarschap is in het ziekenhuis een "theoretisch" punt van aandacht maar in de praktijk blijkt dat deze niet eenduidig wordt uitgevoerd. Regie, taken en verantwoordelijkheden passend bij het hoofdbehandelaarschap worden niet als zodanig ingevuld en uitgevoerd.*

*In de dossiers zijn verouderde formulieren (diagnostisch en therapeutisch) en ook verschillende versies van formulieren in omloop. Tevens worden (diagnostische) formulieren zoals de SNAQ score, DOS score, decubitus, lang niet altijd ingevuld. Met de aandacht voor kwetsbare ouderen vindt de inspectie dit curieus en derhalve een specifiek aandachtspunt. De decursus wordt niet structureel en niet juist ingevuld; de paraaf ontbreekt, belangrijke patiëntgegevens ontbreken en/of de hoofdbehandelaar is niet aangegeven. Ontslagbrieven naar de huisarts laten veel te lang op zich wachten en de patiëntgegevens zijn niet volledig of al achterhaald ten tijde van ontvangst bij de huisarts.*

*3.3 Cardiologie*

*Binnen de vakgroep cardiologie vindt onvoldoende evaluatie van zorguitkomsten plaats. Er is geen zicht op en inzicht in de uitkomsten en eventuele verbeteracties naar aanleiding van de laatste kwaliteitsvisitatie. De complicatieregistratie is onvolledig en daarmee onvoldoende en een multidisciplinaire, gestructureerde volledige complicatiebespreking ontbreekt waardoor niet geleerd kan worden van eventuele vermijdbare fouten.*

*De verantwoordelijkheidstoedeling ontbreekt als het gaat over patiënt besprekingen, patiëntoverdrachten en dienstverantwoordelijkheden.*

*Patiëntoverdrachtmomenten aan het einde van de dag zijn niet gestructureerd. De cardioloog draagt eventuele "zorgpatiënten" niet over aan de dienstdoende arts-assistent van de avond/nacht.*

*De reisafstand van de cardioloog die dienst doet vanuit het M. ziekenhuis bedraagt, zonder vertragende verkeersomstandigheden, minimaal 30 minuten. Dit is niet conform de richtlijn van de NVvC en derhalve niet acceptabel. Het feit dat protocollen uit het G. ziekenhuis en het M. ziekenhuis niet geheel overeenstemmen, maakt het beleid ook nog eens onduidelijk en er is hier derhalve sprake van een toegenomen risico voor de patiëntveiligheid.*

*Ondanks dat diverse patiënten uitslagen zoals ECG's en LAB waarden per telefoon/fax/ e-mail kunnen worden uitgewisseld is het onacceptabel dat de cardioloog 'slechts' in het ziekenhuis komt bij een reanimatie. Een patiënt met een myocardinfarct wordt vaak niet door de cardioloog zelf gezien maar, na overleg met de cardioloog, door de arts-assistent overgeplaatst naar een ander ziekenhuis als dat nodig is.*
*De communicatie naar extern (de huisarts) is onvoldoende bij de vakgroep cardiologie omdat statussen na ontslag van de patiënt te lang blijven liggen en daarbij vaak essentiële informatie over de patiënt ontbreekt. De verantwoordelijkheidstoedeling hierover ontbreekt eveneens bij de vakgroep cardiologie.*
*De 'term' hoofdbehandelaarschap' is bekend bij de cardioloog maar de naleving daarvan met de daarbij behorende verantwoordelijkheden is absoluut onvoldoende. Hierdoor is de regievoering over de zorg niet duidelijk en zijn patiëntveiligheid en kwaliteit niet geborgd. Zowel tijdens opname van de patiënt als in het traject van de nazorg is de regie onvoldoende in handen van één hoofdbehandelaar (cardioloog)."*

*2.10 Arts N. en zijn collegae cardiologen uit de Maatschap kregen naar aanleiding van de bezoeken van de IGZ (d.d. 22 augustus en 26 september 2012) van de IGZ de gelegenheid om vóór 15 november 2012 een verbeterplan op te stellen en een onderzoek te starten door een externe expert onder verantwoordelijkheid van de RvB van het G. De onderwerpen waarop het plan van aanpak diende te zien waren achtereenvolgens hoofdbehandelaarschap, in- en externe communicatie, structurele evaluatie van zorguitkomsten van de vakgroep cardiologie, dienstregelingen en afspraken binnen de vakgroep, samenwerkingsverbanden met andere vakgroepen cardiologie buiten het G. en dossiervoering.*

*2.11 Namens de Maatschap reageerde arts C. (dossier 2013-308a), als voorzitter van de Maatschap, bij brief van 9 november 2012 op de aanbevelingen van het rapport van de IGZ (beschreven onder feiten 2.10) en de door de vakgroep cardiologie genomen verbetermaatregelen (productie 7 klaagschrift).*

*2.12 Op 12 november 2012 bracht de IGZ een aangekondigd inspectiebezoek aan het G. om te bezien hoe het stond met de voortgang van de verbetermaatregelen binnen de vakgroep cardiologie.*

*2.13 Tijdens dit inspectiebezoek verstrekte de voorzitter van de RvB het definitieve rapport van onderzoeksbureau K. (K.* ***oktober 2012****, ook: K. I) aan de IGZ (productie 6 klaagschrift). Als conclusie vermeldt* ***K. I:***
*"Geconcludeerd moet worden dat bij een aanmerkelijk aantal patiënten uit de door ons onderzochte populatie (51 patiënten) zowel voor, tijdens als na behandeling niet volgens de regelen der kunst is gehandeld.*
*In een dergelijke groep bevinden zich altijd patiënten zonder kans op herstel. Wellicht zijn deze patiënten eerder maximaal behandeld en behoeven dan dus niet meer alle mogelijke diagnostiek en behandeling te ondergaan. Dit soort patiënten moeten dus ook deel uitgemaakt hebben van de door ons onderzochte groep. Een op schrift gestelde zorgvuldige verantwoording en overwegingen om afhoudend beleid te voeren zijn wij in de dossiers echter weinig tegen gekomen en zo er iets over wordt gezegd, is dit in cryptische bewoordingen. Bij deze patiënten hebben wij wel adverse events vastgesteld, maar geoordeeld dat deze niet bijgedragen hebben aan het overlijden.*
*Bij de groep, die echter nog wel uitzicht had op verbetering, is als gevolg van tekortkomingen in de behandeling een te groot aantal mogelijk vermijdbare adverse events opgetreden, die bij meer dan 20% van de totale onderzochte populatie aan het overlijden hebben bijgedragen. Het is zeer waarschijnlijk dat, mocht wel lege artis behandeld zijn, het aantal overledenen minder zou zijn geweest. Een exact getal is hiervoor niet met zekerheid aan te geven.*
*Er is weinig reflectie op het eigen functioneren getuige de afwezigheid van complicatiebesprekingen en het geringe aantal obducties in geval van onduidelijkheid over de primaire aandoening en de doodsoorzaak.*
*De communicatie laat te wensen over getuige de matige decursus waarin overwegingen, diagnoses en behandelaspecten vaak lacunair of niet worden teruggevonden. Tevens is er een zeer matige verslaglegging naar de huisartsen en specialisten.*
*De prognosestelling is onzorgvuldig. Te snel wordt vaak op ondeugdelijke gronden gesteld dat herstel onmogelijk is, waarna in een substantieel deel van de door ons onderzochte patiënten wordt besloten medicatie toe te dienen, waardoor de facto actief het overlijden wordt bespoedigd. De indringende vraag dient zich aan welke juridische kwalificatie hieraan moet worden gegeven."*

*2.14 Op 12 november 2012 concludeerde de IGZ dat de RvB per direct, ingrijpende maatregelen diende te treffen om de patiëntenveiligheid op de afdeling cardiologie en de cardiologische zorg in het ziekenhuis te kunnen waarborgen.*

*2.15 Op 13 november 2012 werd de verpleegafdeling cardiologie gesloten en een paar dagen later de polikliniek cardiologie. De polikliniek cardiologie werd op 17 december 2012 weer geopend.*

*2.16 De Maatschap heeft op 19 november 2012 een eerste reactie gegeven op het rapport K. I van oktober 2012, dat men van de RvB had ontvangen. In december 2012 heeft de Maatschap een tweede reactie gegeven. Een afsluitende reactie kwam in januari 2013 tot stand (productie 20 klaagschrift).*

*2.17 Naar aanleiding van de uitkomsten van het rapport K. I en de bevindingen van eerdere inspectiebezoeken aan het G. in samenhang met bestuurlijke instabiliteit en verdeeldheid binnen de medische staf, heeft de IGZ het G. vanaf 14 november 2012 onder verscherpt toezicht gesteld voor een periode van maximaal zes maanden (productie 9 klaagschrift). Het verscherpte toezicht werd op 29 mei 2013 door de IGZ opgeheven.*

*2.18 Op 16 november 2012 maakte de RvB van het G. aan de IGZ kenbaar niet langer garant te kunnen staan voor veilige en verantwoorde cardiologische zorg in het G., zolang de cardiologen uit de Maatschap, onder wie arts N., nog in het G. werkten.*

*2.19 Op 19 november 2012 heeft de IGZ een quick scan uitgevoerd van de aan het K. I rapport ten grondslag liggende patiëntendossiers (51).*

*2.20 Eveneens op 19 november 2012 maakte de IGZ aan de RvB van het G. schriftelijk het voornemen bekend tot het opleggen van twee afzonderlijke bevelen ex art. 8 lid 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, inhoudende dat de RvB werd verplicht ervoor zorg te dragen dat de vier cardiologen uit de Maatschap, onder wie arts N., met onmiddellijke ingang geen zorg meer in het G. mochten verlenen. Het ene bevel had betrekking op arts N. en zijn twee collegae cardiologen (arts C. en arts L., dossiers 2013-308a en 2013-308b). Het andere bevel betrof de laatst in de Maatschap toegetreden cardioloog (bijlage 10 klaagschrift), hierna de arts O. Op 20 november 2012 heeft de voorzitter van de RvB van het G. de zienswijze van de RvB met betrekking tot voornoemde bevelen schriftelijk kenbaar gemaakt aan de IGZ (productie 12 klaagschrift).*

*2.21 De IGZ heeft op 21 november 2012 de twee voornoemde bevelen opgelegd (productie 13 klaagschrift). De beide bevelen werden op 27 november 2012 door de Minister van VWS verlengd (productie 14 klaagschrift).*

*2.22 Op 26 november 2012 gaf de IGZ het onderzoeksbureau K. opdracht tot het verrichten van dossieronderzoek met betrekking tot dossiers van overleden patiënten op de afdeling cardiologie van januari t/m augustus 2012 (rapportage productie 21 klaagschrift). In* ***januari 2013*** *heeft K. voor de tweede maal gerapporteerd, thans over 24 dossiers van patiënten, die in de periode 1 januari t/m 31 augustus 2012 op de afdeling CCU/ cardiologie zijn overleden* ***(K. II)****. Als conclusie vermeldt dit rapport:*

*"In vergelijking met eerder onderzoek hebben wij een aantal verbeteringen geconstateerd. Het houden van complicatiebesprekingen is daar een voorbeeld van.*

*Ook ontslagbrieven aan huisartsen worden nu bijna altijd kort na het overlijden geschreven en verstuurd. Hoewel er op enkele onderdelen sprake lijkt van enige verbetering, voldoet de verslaglegging nog niet aan alle daartoe te stellen eisen.*

*Belangrijke beslissingen worden in het dossier nog vaak matig gemotiveerd.*

*Dat leidt niet tot de conclusie dat de beslissingen verkeerd zijn geweest, maar het is wel noodzakelijk om overwegingen ter wille van inzichtelijkheid, continuïteit en verantwoording vast te leggen. Ook is de verantwoordelijkheidstoedeling (hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent, waarnemer, assistent) vaak niet in het dossier zichtbaar.*

*Men is op de hoogte van het protocol palliatieve sedatie en er wordt vaker gebruik gemaakt van dormicum/midazolam. Dat is op zich een verbetering.*

*Het protocol wordt echter niet altijd consequent uitgevoerd of de uitvoering ervan gedocumenteerd. Bij ons blijft er twijfel bestaan of pijn en/of dyspnoe altijd als enige indicatie gold voor het toedienen van morfine.*

*Ook blijkt dat waarnemers en verplegend personeel op de afdeling kennelijk niet of niet geheel op de hoogte zijn van of voldoende geïntroduceerd zijn in de uitvoering van het palliatief beleid. Daar ligt een duidelijke verantwoordelijkheid van de cardiologen. Ook indien de cardiologen niet op de afdeling zijn, blijven zij eindverantwoordelijk voor de patiëntenzorg. Wij zijn van mening dat deze verantwoordelijkheid soms wel erg makkelijk wordt afgeschoven op de arts-assistent, verpleegkundige of waarnemer wanneer zich problemen hebben voorgedaan.*

*Reflectie op het eigen functioneren door middel van het laten uitvoeren van obducties is nog steeds vrijwel afwezig. Het aantal obducties is dan ook nog steeds te laag. Met name daar waar sprake is van onduidelijke diagnoses of mogelijk disfunctioneren van apparatuur zoals pacemakers. Uit de status blijkt niet dat het belang van obducties wordt ingezien en er wordt vrijwel nooit gewag gemaakt van het verzoek er toe.*

*Hoewel wij slechts een kleine patiëntenpopulatie hebben onderzocht en het om die reden lastig is om daar absolute oordelen aan te verbinden – temeer daar het hier uitsluitend om dossieronderzoek gaat – valt het op dat het aantal vermijdbare adverse events nog steeds hoog is. Dat geldt evenzeer voor vermijdbare AE's [College: Adverse Events] die mogelijk of waarschijnlijk een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden. Benadrukt dient te worden dat ook als een AE niet aan het overlijden heeft bijgedragen, er desalniettemin inherent aan*

*de definitie aan de patiënt schade is berokkend.*
*Tekortkomingen in de behandeling die tot deze AE's hebben geleid, betreffen onder meer het niet naar waarde schatten van de aard en ernst van infectieuze symptomatologie, het ontbreken van een gevoel voor urgentie bij ernstige ritmestoornissen, het niet op de hoogte zijn van de postoperatieve diagnostiek en behandeling van potentiële infectieuze complicaties in het chirurgische wondgebied, het niet consequente beleid bij disfunctionerende pacemakers en het ontslagbeleid vanaf de ICU/CCU bij patiënten in een zeer labiel hemodynamisch evenwicht.*
*Tenslotte willen wij er nog op wijzen dat de aanlevering van de door ons onderzochte dossiers en data niet adequaat is verlopen. Dat heeft veel onnodige tijd en inspanning gekost. Wij moeten dan ook concluderen dat de medische administratie en het medisch archief ten aanzien van dit specifieke onderdeel niet op orde waren in het ziekenhuis."*

*2.23 In het kader van de toenmalige recente ontwikkelingen rondom de afdeling cardiologie van het G. vond op 29 november 2012 een gesprek plaats tussen de IGZ, arts N. en zijn toenmalige raadsvrouw, mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle (productie 16 klaagschrift).*

*2.24 In de maanden november en december 2012 ontving de IGZ, na een oproep daartoe, 44 meldingen van burgers over de door het G. verleende zorg. Twintig meldingen hadden betrekking op de verleende cardiologische zorg.*

*2.25 De toenmalige gemachtigde van verweerders, mr. Kastelein, voornoemd, heeft destijds de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (verder NVVC) verzocht contra expertise onderzoek te verrichten ten aanzien van de door onderzoeksbureau K. onderzochte sterfgevallen uit 2010 (K. I). De NVVC heeft op haar beurt drie cardiologen opdracht gegeven deze contra expertise uit te voeren. Voornoemde drie cardiologen hebben op* ***12 februari 2013*** *verslag uitgebracht aan de NVVC (productie 22 klaagschrift). Als conclusie vermeldt het* ***rapport van de NVVC****:*
*"Onze voornaamste conclusie is dat in de beschikbare gegevens onvoldoende aanknopingspunten zijn gevonden om de bevindingen uit het K. rapport tegen te spreken.*
*In algemene zin merken wij op dat de statusvoering (te) beperkt is. Wij hebben (zeer) weinig differentiaal diagnostische overwegingen aangetroffen, er werd slechts weinig frequent lichamelijk onderzoek gemeld na de opnamefase, belangrijke resultaten van aangevraagd onderzoek werden met in de status genoteerd en niet van commentaar voorzien of aantoonbaar betrokken bij de verdere gedachtevorming, de ontwikkeling van de diagnostische fase of de nadere beleidsbepaling. Beleidsbesluiten werden te vaak als statement opgeschreven zonder onderliggende argumentatie.*
*Kortom: de statusvoering heeft in onze ogen te kort geschoten om de gedachten van het behandelend team te kunnen volgen.*
*Wij vinden dat er in veel gevallen nogal snel een DNR ('do not resuscitate') beleid werd ingesteld vanaf het moment van de opname zonder dat dit afdoende beargumenteerd werd. Zoals eerder opgemerkt betrof het hier met name (zeer) oude patiënten, maar ook het argument leeftijd werd niet genoemd (zo dat al geldig zou zijn). Dit beleid werd overigens veelal wel met familie besproken, maar veel minder met de patiënt (althans: zo werd dat niet genoteerd). De indruk die ontstaan is, is dat na het afspreken van een DNR beleid niet langer optimale behandelingen zijn gekozen, en dat het DNR beleid niet wordt herzien of wordt gedifferentieerd als de patiënt aan de beterende hand is.*
*Bij enkele patiënten (ook de patiënten die op de afdeling als 'onverwacht' overleden werden aangetroffen) werd dopamine gegeven; wij vinden dat er in de meeste gevallen te gemakkelijk tot toediening van dit middel werd besloten (ook bij niet lage tensies), maar vooral is ons gebleken dat dit middel zonder ritmebewaking op de reguliere verpleegafdeling werd gegeven. Dit verhoudt zich niet tot de potentieel pro-aritmogene eigenschappen van dergelijke middelen, en hoewel er situaties denkbaar zijn dat een ritme-observatie niet nodig cq. wenselijk is zijn deze in de dossiers niet als zodanig aangegeven.*
*Het valt op dat de gekozen doseringen van diuretica bij patiënten met een vermeend overvullingsbeeld laag waren, of althans: dat het falen van de therapie werd geaccepteerd zonder dat eerst een (fors) hogere dosering werd geprobeerd. De soms gegeven combinatie van bètablokkers met positief inotroop bedoelde meditatie komt ons als contraproductief voor.*
*Bij veel van de genoemde patiënten werd in de laatste levensfase morfine ingezet (daar waren de gevallen overigens ook in belangrijke mate op geselecteerd). Het is zeker niet altijd duidelijk geworden dat dit slechts werd gedaan om klachten van dyspnoe te verlichten. Eenmaal werd morfine gecombineerd met dormicum (maar in die casus werd niet expliciet vermeld dat het om een pa1liatieve sedatie gaat).*
*De ontslagbrieven zijn in het algemeen uitermate beknopt; de brieven kwamen bovendien laat na ontslag (waarbij de afhandeling getriggerd lijkt door het administratieve / declaratieproces). Overigens zijn ook de poliklinische brieven die wij hebben ingezien uitermate summier. Reflectie op het eigen handelen ontbrak in zowel de poliklinische als klinische brieven. Obductie werd in geen enkel geval verkregen; de obductie- en donatievraag werd –*

*zo is onze inschatting- steeds aan de assistent-geneeskundige overgelaten.*
*Tenslotte hebben wij geconstateerd dat de assistent-geneeskundigen in de door ons bestudeerde casuïstiek een grote mate van vrijheid van handelen hadden zonder gebleken directe supervisie of bijsturing aan het bed of tijdens de klinische visite; er zijn geen parafen van supervisoren aangetroffen danwel beschreven aanvullingen of correcties op notities van de arts-assistenten.*
*Van belang is het om op te merken dat met een dossieronderzoek niet het hele zorgproces kan worden beoordeeld: we kunnen bijvoorbeeld niets zeggen over overdrachtsmomenten, over onderling overleg in de groep (hoewel wij nergens in de dossiers een opmerking over of uit een dergelijk overleg hebben gevonden), organisatorische aspecten op de afdeling e.d.; Dit doet echter niet af aan onze conclusie dat met de voorliggende gegevens de bevindingen uit het K. rapport niet weerlegd kunnen worden."*

*2.26 Op advies van de IGZ heeft de Minister van VWS het tegen het ziekenhuis gerichte bevel met betrekking tot de zorgverlening van de laatst in de Maatschap toegetreden cardioloog (arts O.) op 5 maart 2013 opgeheven.*

*2.27 Op 24 juni 2013 is het G. door de rechtbank te B. in staat van faillissement verklaard. Diezelfde dag werd het bevel met betrekking tot arts N., arts C. en arts L. (dossier 2013-308a en 2013-308b) door de Minister van VWS opgeheven.*

*2.28 Op 12 september 2013 vond een gesprek plaats tussen de IGZ en arts N. (productie 25 klaagschrift). In dit gesprek werd arts N. de mogelijkheid geboden te reageren op het door de IGZ opgestelde conceptrapport 'Onderzoek naar de door de maatschap cardiologie van het G. ziekenhuis verleende zorg augustus 2013'.*

*2.29 Eind september 2013 stuurde arts N. zijn zienswijze op voornoemd concept-rapport naar de IGZ. Het* ***rapport IGZ*** *("Onverantwoorde zorg door de maatschap cardiologie van het G.") is definitief vastgesteld op* ***22 oktober 2013*** *(productie 28 klaagschrift).*
*Als samenvatting vermeldt dit rapport:*
*"De Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspectie) is van oordeel dat de zorg die door de cardiologische maatschap van het G.*
*Ziekenhuis (ziekenhuis) over de periode 2010/2012 is verleend, onvoldoende is.*
*De maatschap bestond uit de heren C., N.,L. en O. De door de heer O. verleende zorg wordt door de Inspectie als voldoende beoordeeld. Er is door de overige drie leden van de maatschap niet volgens de professionele standaard gewerkt, waardoor patiënten onnodig risico's liepen. Als gevolg hiervan treedt de Inspectie met betrekking tot deze maatschapsleden handhavend op.*
*De Inspectie komt tot deze conclusie op basis van gesprekken met zorgverleners, medewerkers van het ziekenhuis en melders, onderzoek van meldingen van klagers en onderzoek van dossiers van overleden patiënten van de afdeling cardiologie.*
*De Inspectie heeft, nadat zij had geconstateerd dat er op het gebied van de cardiologische zorg sprake was van ernstige tekortkomingen leidend tot een acuut gevaar voor de patiëntveiligheid, het ziekenhuis op 21 november 2012 twee bevelen opgelegd ex. artikel 8 lid 4 Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze bevelen hielden in dat de vier tot het ziekenhuis toegelaten cardiologen in het ziekenhuis niet langer patiëntenzorg mochten verlenen.*
*De Inspectie heeft bij haar onderzoek naar de cardiologische zorg in het ziekenhuis in het hele diagnostische, therapeutische en nazorg traject onder meer de volgende belangrijke tekortkomingen geconstateerd.*
*Bij opname van een patiënt op de afdeling cardiologie was het veelal onduidelijk wie de cardioloog was die de eindverantwoordelijkheid had (hoofdbehandelaarschap) voor de zorg en behandeling van de patiënt.*
*Zowel de differentiaal diagnose als de (werk) diagnose ontbrak vaak bij opname, lichamelijk onderzoek werd onvoldoende genoteerd in de status zowel bij de opname van de SEH als in de decursus gedurende de opname.*
*Belangrijke resultaten van aangevraagd beeldvormend onderzoek werden niet in het dossier genoteerd en aantoonbaar betrokken bij de verdere gedachte- en besluitvorming ten aanzien van de diagnose en het behandelbeleid.*
*Besluiten ten aanzien van het behandelbeleid werden vaak opgeschreven zonder onderliggende argumentatie. In een aantal dossiers bleek de (aanvullende beeldvormende) diagnostiek onvoldoende om tot een juiste diagnose te komen. In het behandel traject werd aan een aanmerkelijk aantal patiënten niet altijd een lege artis behandeling gegeven. Uit het onderzoek van de dossiers blijkt niet dat de vaste arts-assistent bij beleidsbeslissingen gesuperviseerd werd. Er werden immers geen parafen van supervisoren aangetroffen dan wel aanvullingen of correcties op notities van de arts-assistenten in de medische dossiers gedocumenteerd.*
*Schriftelijke overdrachten van patiënten besprekingen en samenvattingen de decursus werden in de medische dossiers niet aangetroffen.*
*Er was geen sprake van gestructureerde dagelijkse patiëntenoverdrachten/ besprekingen.*
*Belangrijke kwaliteitsverhogende registratiebesprekingen, zoals de complicatie- en necrolo-*

*gie bespreking vonden slechts sporadisch plaats, hadden geen vaste (structuur en werden niet door alle leden van de maatschap consequent bijgewoond.*
*Er was geen sprake van structurele (schriftelijke) vastlegging van de uitkomsten van de besprekingen waardoor verbeteracties niet door (alle) cardiologen en betrokkenen uitgevoerd konden worden.*
*Een DNR ('do not resuscitate') beleid werd soms ingesteld vanaf het moment van opname zonder dat dit afdoende beargumenteerd werd, soms werd een DNR beleid tijdens opname vastgesteld zonder beargumentering. Vaak stond niet genoteerd of dit wel met de patiënt/familie besproken was. Na het afspreken van een DNR beleid werd in een aantal gevallen niet langer een optimale behandeling gericht op herstel gegeven en het DNR beleid werd niet herzien of gedifferentieerd als de patiënt aan de beterende hand was.*
*Bij veel van de genoemde patiënten werd de richtlijn 'palliatieve sedatie' van de KNMG niet gevolgd en werd in de laatste levensfase morfine ingezet, zonder dat in de dossiers de reden van toediening van morfine te herleiden was tot klachten van dyspnoe of pijn. Niet alleen het indicatiegebied, maar ook het verantwoordingsbeleid bij het verstrekken van morfine was onvoldoende.*
*De klinische ontslagbrieven van opgenomen patiënten werden in een aantal gevallen pas na een halfjaar verstuurd.*
*Hoewel een aantal zaken in 2012 wat beter geregeld bleken dan in 2010, was het algemene oordeel van de Inspectie en de NvvC nog steeds onvoldoende.*
*Verbeteringen in 2012 op de afdeling cardiologie behelsden met name de informatie overdracht."*

*2.30 Op **17 september 2013** heeft de Commissie P., die in opdracht van de RvB van het G. onderzoek heeft verricht, haar onderzoeksresultaten op basis van dossieronderzoek betreffende alle overleden patiënten in de periode 01-01-2010 t/m 30-11-2012 in het ziekenhuis (770 dossiers werden gescreend) gepresenteerd. Als conclusie en aanbevelingen vermeldt **het rapport P.**:*
*"Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de door de zorg veroorzaakte schade en de mate waarin die heeft bijgedragen aan overlijden over de onderzoeksperiode in het G. ziekenhuis niet afwijkt van wat in andere soortgelijke ziekenhuizen in Nederland wordt gevonden. Dat geldt ook voor de afdeling cardiologie.*
*Wel kan worden geconcludeerd dat de behandelaars in de zorgverlening rondom het levenseinde steken lieten vallen. Zowel wat betreft de medisch-technische aspecten als de administratieve aspecten waren er duidelijke onvolkomenheden en onzorgvuldigheden. De kwaliteit van de medische dossiers bleek een enkele uitzondering daar gelaten zeer matig. Vooral het decursusgedeelte liet te wensen over. De verpleegkundige dossiers waren vollediger hoewel ook deze op punten verbeterd konden worden.*
*Schade als gevolg van de zorg aan de patiënt en vooral als deze vermijdbaar is en mede bijdraagt aan het overlijden van de patiënt is zeer ernstig. Aan allen die zich met de zorg bezighouden is de taak deze schade tot het uiterste te beperken Steeds meer maatregelen worden vandaag de dag genomen om hierbij hulp te bieden. Dossieronderzoek zoals in het kader van dit onderzoek uitgevoerd is een van die maatregelen waarmee de zorgverlener bewust worden gemaakt wanneer hun handelen faalt. Dit levert dc mogelijkheid tot reflectie op het eigen handelen op wat weer een proces van zorgverbetering tot gevolg kan hebben. Dit alles leidt dan tot veilige en goede zorg. De leden van deze commissie hopen door dit dossieronderzoek hieraan een bijdrage geleverd te hebben.*
*De commissie vindt het belangrijk -en ook noodzakelijk – de gezondheidszorg in het G. zo in te richten dat er voldoende reflectie en intervisie op het handelen plaatsvindt, dus dat artsen en andere zorgverleners onderling zich ook over elkaars werk buigen in het belang van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Dat kan zijn in de vorm van besprekingen van speciale gevallen. necrologiebesprekingen en complicatiebesprekingen. Ook het installeren van een permanente dossiercommissie (met zowel interne als externe leden) die steekproefsgewijs dossiers bekijkt (niet alleen van overleden patiënten), vormt een goede stap in deze richting. Bij overleden patiënten moeten meer inspanningen gedaan worden om obductie te verkrijgen.*
*Wat betreft de kwaliteit van de zorgverlening rond het levenseinde dienen onverwijld de aanbevelingen zoals beschreven in de Richtlijn Palliatieve Sedatie toegepast te worden. Maar ook moet te allen tijde duidelijk zijn voor alle medewerkers (en voor de patiënt indien mogelijk, en voor diens familie, of er een traject van behandelings-beperking, van abstinerend beleid, van palliatieve sedatie of van actieve bekorting/-beëindiging van het leven wordt ingezet. In het laatste geval moet dat niet tersluiks gebeuren maar volgens de richtlijnen die in Nederland gevolgd dienen te worden.*
*De dossiervoering moet sterk worden verbeterd, vooral het decursus gedeelte. Dit is een verplichting aan patiënten en collegae en wordt ook door de WGBO geëxpliciteerd. Duidelijke instructies, bijvoorbeeld in de vorm van een hoofdstuk in een te schrijven 'handboek voor de assistent', dienen daarbij een goede kwaliteit te borgen zodat ook de*

*sterk wisselende assistentenpopulatie (maar ook de medisch specialisten!) niet steeds dezelfde fouten maakt.”*
*Later heeft de Commissie P. de cijfers omtrent zorggerelateerde schade genuanceerd – in die zin dat, vergeleken met nieuwe cijfers, het G. in enige mate is achtergebleven bij gelijksoortige Nederlandse ziekenhuizen (productie 30 klaagschrift).*

2.31 *Op **3 december 2013** heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid een rapport uitgebracht met als titel “Kwetsbare zorg: patstelling in het G. Ziekenhuis”. Als conclusies (op bladzijde 7 en 8) vermeldt **het rapport van de Onderzoeksraad**:*
*“In het G. Ziekenhuis werd de cardiologische zorg in de periode 2010-2012 geleverd door ervaren en veelal solistisch werkende cardiologen. De polikliniek was hun belangrijkste werkterrein: zij hielpen daar onder een hoge werkdruk grote aantallen patiënten met als gevolg relatief weinig tijd voor zorg in de kliniek. Het professioneel handelen van de cardiologen liet op verschillende onderdelen te wensen over. De cardiologen reflecteerden als groep weinig op het eigen handelen. De kwaliteit van de dossiervoering was matig. Ook zochten ze weinig samenwerking met andere disciplines en waren er langere tijd onduidelijkheden over het hoofdbehandelaarschap. Binnen het ziekenhuis bestond kritiek op het functioneren van een van de cardiologen.*
*In bepaalde zorgdomeinen, zoals zorg rond het levenseinde, zijn onderling overleg, intercollegiale toetsing en zorgvuldige communicatie met de patiënt en diens naasten en documentatie daarvan van extra belang. Door het geïsoleerde karakter van de cardiologische zorg kregen deze aspecten onvoldoende aandacht. Levenseindezorg is complexe zorg, niet in de eerste plaats in medisch-technisch opzicht, maar vooral in psychosociaal opzicht. De betrokken cardiologen in het G. Ziekenhuis onderkenden dit onvoldoende. De cardiologen besteedden weinig aandacht aan de communicatie met terminale patiënten en hun familie. Deze hartpatiënten en hun naasten bleven soms in onzekerheid over wat hen te wachten stond: herstel, verlichting van de symptomen, of overlijden. Ook was er bij sommige nabestaanden twijfel over de wenselijkheid of de noodzaak van morfine. Dit leidde tot gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, soms ook bij zorgverleners.*
*De zorg voor terminale hartpatiënten in het G. Ziekenhuis voldeed niet aan de laatste inzichten voor goede zorg. Dit betreft niet alleen de genoemde communicatie met patiënten, maar ook de wijze van gebruik van morfine en de multidisciplinaire organisatie van zorg voor terminale patiënten.*
*Een arts die terminale patiënten snel opklimmende doseringen morfine geeft en zijn overwegingen onvoldoende communiceert en documenteert, kan vragen oproepen over zijn handelwijze. Door zo te handelen kan immers het onderscheid vervagen tussen normale symptoombestrijding, palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen. Dit kan gemakkelijk aanleiding zijn voor misverstanden bij de betrokkenen en twijfel over het handelen van de arts. Dit gebeurde [bij] de cardiologen in het G. Ziekenhuis.*
*Nieuwe inzichten over palliatieve zorg zijn ook in andere ziekenhuizen nog niet algemeen ingevoerd; zo zijn bijvoorbeeld de multidisciplinaire consultatieteams palliatieve zorg nog niet overal ingesteld. Daarbij zijn wel verschillen zichtbaar tussen specialismen. De oncologie bijvoorbeeld is al relatief lang vertrouwd met palliatieve zorg, terwijl bij andere specialismen het onderwerp pas sinds kort op de agenda staat.*
*De Onderzoeksraad constateert op organisatieniveau van het G. Ziekenhuis verstoorde verhoudingen tussen medische staf en management en een sterke focus op productie. Mede hierdoor waren de medisch specialisten en de raad van bestuur van het ziekenhuis met elkaar in een patstelling geraakt. Het gedeeld belang, in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede en veilige zorg, was op de achtergrond geraakt. Ondanks inspanningen van individuen en verschillende succesvolle veranderingen, zoals het doen van dossieronderzoek, was het op meerdere afdelingen moeilijk om de zorg structureel te verbeteren, en strandden initiatieven om ziekenhuisbreed sturing te geven aan veranderingen.*
*De relatie tussen enerzijds de sturing van de zorg en samenwerking van zorgverleners en anderzijds de kwaliteit van de feitelijke zorgverlening is ambigu. Goede samenwerking en sturing sluiten tekortschietende zorgverlening niet uit, en tekortschietende sturing en samenwerking hoeven niet te leiden tot falende zorgverlening. Het rapport dat de commissie P. schreef in opdracht van het G. Ziekenhuis illustreert dit. De commissie constateert dat de vermijdbare sterfte in het ziekenhuis niet afwijkt van enkele andere ziekenhuizen, hoewel het G. Ziekenhuis aanzienlijke problemen kende in de samenwerking en sturing. Niettemin is de Onderzoeksraad van oordeel dat een goede sturing en samenwerking bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Verbetermechanismen die kunnen helpen om foutkansen te reduceren, functioneren dan immers beter.*
*Factoren als het complexe samenspel van medisch specialisten en bestuurders en de bekostigingssystematiek zijn niet uniek voor het G. Ziekenhuis. Zij kunnen ook in andere ziekenhuizen leiden tot problemen in de sturing en samenwerking, met potentieel negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg.*

*Waar betrokkenen binnen een ziekenhuis er samen niet in slagen om problemen op te lossen, kan soms de bemoeienis van externe partijen ertoe bijdragen de status quo te doorbreken. Te denken valt aan de accreditatie door het NIAZ, visitatie door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie of het toezicht door de IGZ. In het geval van het G. Ziekenhuis boden deze bemoeienissen echter geen uitkomst. Hoewel de bestuurlijke problemen een lange geschiedenis kenden, gaven prestaties van het ziekenhuis op 'harde' informatie als indicatoren, accreditatie en visitatie lange tijd geen aanleiding tot ingrijpen en bood de 'zachte' informatie over problemen in de samenwerking een diffuus beeld. Concrete problemen in de zorgverlening namen wisselende gedaanten aan en deden zich voor op uiteenlopende afdelingen. Een nieuwe raad van bestuur leek in 2011 de zaken steeds beter op orde te krijgen, maar de onderliggende problemen bleven bestaan. Pas toen de IGZ na een cumulatie van signalen uit calamiteitenrapportages het kritische rapport van K. ontving, zag zij voldoende basis om in te grijpen."*

*3. **De klacht***

*3.1 De IGZ verwijt de Maatschap dat zij zowel in de wijze waarop de Maatschap was georganiseerd en functioneerde als in de wijze waarop door de Maatschap aan patiënten cardiologische zorg werd verleend, in de periode 2010/2012 ernstig tekort is geschoten in de zorg (zie klaagschrift onder 7.1). Deze tekortkomingen waren, aldus de IGZ, geworteld in de maatschap als zodanig. De IGZ stelt dat de door de Maatschap verleende cardiologische zorg niet tot één persoon is te herleiden en er onder deze omstandigheden sprake is van individuele tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van ieder van de drie aangeklaagde cardiologen voor dit collectieve falen van de Maatschap. Volgens de IGZ ligt het handelen van de Maatschap in deze tuchtprocedure ter beoordeling voor en niet het individuele handelen van een individuele cardioloog in bepaalde dossiers. De IGZ heeft in deze tuchtprocedure twaalf dossiers ingediend, naar haar zeggen echter slechts ter illustratie van het algemene beeld van de door de Maatschap verleende zorg (zie repliek 8.34).*

*3.2 Ieder van deze drie cardiologen, in deze zaak specifiek arts N., wordt individueel tuchtrechtelijk verantwoordelijk gehouden voor de volgende binnen de Maatschap geconstateerde tekortkomingen in de zorg. Er was, aldus de IGZ, sprake van:*
*(1) onvoldoende verantwoordelijkheidstoebedeling,*
*(2) onvoldoende continuïteit van zorg,*
*(3) onvoldoende communicatie en dossiervorming,*
*(4) onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen en*
*(5) een tekortschietend kwaliteitsbeleid rondom het levenseinde van cardiologische patiënten.*

*4. **Het standpunt van verweerder***

*Arts N. heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.*

*5. **De beoordeling***

*5.1 Voor zover wordt betoogd dat er geen reden is voor een spoedprocedure, is de grondslag aan dit betoog komen te ontvallen. Inmiddels is immers de normale procedure gevolgd.*

*5.2 Het College stelt het volgende voorop. De IGZ stelt uitdrukkelijk dat zij de maten, onder wie arts N., aanklaagt voor het collectieve falen van de Maatschap ten aanzien van (i) de organisatie van de zorg binnen de Maatschap en (ii) de tekortkomingen in de cardiologische zorgverlening. Anders geformuleerd: de falende organisatie van de Maatschap, waarvoor de desbetreffende maten individueel verantwoordelijk worden gehouden, ligt in deze tuchtprocedure ter beoordeling voor en niet het individuele handelen van een individuele cardioloog in bepaalde patiëntendossiers. Dit verwijt valt aldus niet onder de reikwijdte van artikel 47, lid 1 aanhef en onder a (de eerste tuchtnorm) van de Wet BIG. Deze bepaling ziet immers op de individuele zorgrelatie ('... ten opzichte van degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent (...) en/of hun naaste betrekkingen'). Met andere woorden, in de eerste tuchtnorm staat de directe relatie met de individuele patiënt centraal.*
*Een individuele, directe zorgrelatie heeft de IGZ bewust niet aan haar klacht ten grondslag gelegd. Een dergelijke zorgrelatie kan het College evenmin ambtshalve onderzoeken, nu de IGZ daartoe onvoldoende heeft gesteld. Het 'ter illustratie' overleggen van twaalf dossiers, zonder concrete toelichting en/of onderbouwing door klager van hetgeen in deze individuele dossiers aan verweerder wordt verweten, kan niet als zodanig gelden. Niet alleen is op basis hiervan niet duidelijk wat de concrete verwijten zijn in de individuele patiëntendossiers, maar ook worden de verweerders op deze manier onvoldoende in de gelegenheid gesteld om zich daartegen op een behoorlijke manier te verweren.*
*De IGZ stelt nog dat het niet mogelijk is om de binnen de Maatschap verleende cardiologische zorg tot één persoon te herleiden. Dit staat naar het oordeel van het College geenszins vast, althans met enige vasthoudendheid zou de IGZ een heel eind zijn gekomen. Weliswaar is in een aantal dossiers discussie over de vraag wie hoofdbehandelaar was, maar niet, althans nauwelijks, over de vraag welke cardioloog (mede) betrokken was bij de zorg van de individuele patiënt.*

*5.3 Hoe dit ook zij, nu de klacht niet valt onder de reikwijdte van de eerste tuchtnorm (van artikel*

*47 lid 1 aanhef en onder a van de Wet BIG), zal het College ambtshalve onderzoeken of de klacht onder de tweede tuchtnorm (van artikel 47, lid 1 aanhef en onder b van de Wet BIG) zou kunnen vallen, zoals het College partijen bij het begin van de zitting ook heeft voorgehouden. De tweede tuchtnorm is meer algemeen geformuleerd en betreft gedragingen die niet door de eerste tuchtnorm worden bestreken, maar die – ook al is geen sprake van een directe, rechtstreekse relatie met een bepaalde patiënt – niettemin in strijd kunnen zijn met het algemeen belang gelegen in de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Het gaat bij de tweede tuchtnorm om de vraag of sprake is van enig ander handelen of nalaten als cardioloog in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De stellingen van de IGZ wijzen duidelijk in die richting. De IGZ stelt immers dat er sprake was van een cardiologenmaatschap die haar zaakjes niet op orde had, waardoor tekortkomingen in de individuele zorgverlening ontstonden (zie overweging 3.2 en 5.2(i) en (ii)). De verweerders in de drie samenhangende zaken worden hiervoor individueel verantwoordelijk gehouden.*

*5.4 Anders dan verweerder betoogt, gaat de IGZ blijkens het voorgaande wél uit van individuele verantwoordelijkheid van ieder van de aangeklaagde cardiologen. Zij verwijt iedere cardioloog immers dat er tekortkomingen in de individuele zorg ontstonden doordat de Maatschap, waarvoor zij verantwoordelijk zijn, niet goed was georganiseerd en functioneerde. Zonder aanwijzingen van het tegendeel – deze zijn gesteld noch gebleken – kan een arts in een artsenmaatschap, aldus het College, worden aangesproken op voormelde aspecten, die zijn arts-zijn raken.*

*5.5 Voorts merkt het College op dat het in de onderhavige procedure niet gaat om de vraag of ook anderen ter zake een verwijt gemaakt kan worden. Het feit dat de IGZ wellicht nog meer BIG-geregistreerde zorgverleners ter verantwoording had kunnen roepen, doet in beginsel niet af aan ieders eigen verantwoordelijkheid onder de Wet BIG. Dit betekent overigens niet dat hiermee anderen geen verwijt zou kunnen treffen. Het College merkt slechts op dat het alleen de hem voorgelegde zaken heeft te beoordelen.*

*Hierna zal worden besproken of de door de IGZ gemaakte verwijten terecht zijn, waarbij het College een onderverdeling maakt tussen de verwijten die meer (i) de organisatie van de zorgverlening betreffen en (ii) de verwijten die de inhoud van de cardiologische zorg betreffen. De klachtonderdelen zoals genoemd onder 3.2 zullen worden behandeld aan de hand van de indeling in (i) en (ii).*

*5.6 De grote hoeveelheid dossieronderzoek, uitmondend in vele rapporten, valt in deze zaak op. Deze rapporten geven weliswaar een behoorlijk beeld, maar zijn toch aan beperkingen onderhevig. Immers, het hele zorgproces kan hieruit niet steeds worden gedestilleerd (zie ook opmerking hieromtrent in rapport NVVC), terwijl daarenboven de representativiteit van de geselecteerde en onderzochte dossiers niet altijd vanzelfsprekend is. Daarnaast verdient opmerking dat het College weliswaar een aanzienlijk deel van voormeld geciteerde inhoud van de rapporten onderschrijft, maar toch niet alle conclusies deelt. Desalniettemin zal het College zijn oordeel baseren op deze rapporten, juist ook omdat deze grotendeels corresponderen met zijn eigen inzichten en deze door verschillende opdrachtgevers zijn opgedragen en in onafhankelijkheid – zo kan worden aangenomen – zijn opgesteld, terwijl de conclusies op de in deze zaak relevante punten onderling overeen stemmen en bovendien in lijn zijn met het algemene beeld dat uit de twaalf overgelegde patiëntendossiers naar voren komt.*

***(i) Organisatie van zorg***

*Algemeen*

*5.7 Het College stelt voorop dat juist in een tijd van steeds complexer wordende patiëntenzorg met betrokkenheid van verschillende specialismen en hulpverleners, het van belang is om goede en voor alle hulpverleners heldere randvoorwaarden af te spreken en deze ook na te na te komen (zie Handreiking Verantwoordelijkheids-verdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010). Deugdelijke dossiervoering, juist om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te verzekeren, staat hierbij voorop en is niet voor niets wettelijk verplicht (artikel 7:454 BW). Naast een zorgvuldige dossiervoering moeten overdrachtsmomenten gestructureerd en doelmatig plaatsvinden. Dit geldt ook voor communicatie met andere hulpverleners, onder wie huisartsen, verpleegkundigen en specialisten. Deze communicatie moet tijdig plaatsvinden en voldoende informatief van aard zijn, terwijl structureel momenten van reflectie (op eigen handelen) moeten worden ingebouwd. Daarnaast moet de taakverdeling van individuele leden van een maatschap onderling goed en helder zijn geregeld en worden vastgelegd. Supervisie van de arts-assistenten is daarbij onmisbaar. Deze punten, die vooral de organisatie en het functioneren van een maatschap betreffen, zijn essentieel om de continuïteit van een kwalitatief goede zorgverlening door de individuele leden van een maatschap aan patiënten te kunnen waarborgen.*

*Dossiervoering algemeen*

5.8 *In de onderhavige zaak valt als rode draad in alle gemaakte verwijten de slechte dossiervoering te onderkennen. Dit is ook steeds het in het oog springende punt in voormelde rapporten. Het tekortschieten in de dossiervoering is door verweerder zowel ter zitting als in de overgelegde stukken erkend. Deze ontoereikende dossiervoering, die het College als vaststaand aanneemt, heeft ook vergaande gevolgen voor de overige verwijten, zoals hierna zal worden toegelicht.*
*De dossiervoering is in de periode 2010/2012 ernstig en structureel onder de maat geweest waardoor niet is voldaan aan de vereisten die aan de dossiervoering worden gesteld. Hierbij is niet alleen van belang het bepaalde in artikel 7:454, lid 1 BW ('De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.'), maar ook hetgeen omtrent dossiervoering door beroepsgenoten algemeen is aanvaard (zie het besprokene hierna).*
*In zijn algemeenheid zijn de handschriften in de medische dossiers slecht leesbaar, is er niet stelselmatig en overigens te summier genoteerd en ontbreken aantekeningen op essentiële punten. Zo ontbreken aan beleidsbeslissingen ten grondslag liggende motiveringen, differentiaal diagnoses en aantekeningen van communicatie met de patiënt en/of diens naasten over beleidsvoornemens en/of beslissingen. Ook is onvoldoende genoteerd wanneer sprake was van voortschrijdende of gewijzigde inzichten. Gevolg van deze tekortkomingen is dat de gedachtegang van behandelaars niet of slechts beperkt is te volgen. Dit vormt een risico voor de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening, zeker op een afdeling als de onderhavige waar iedere dag een andere cardioloog met de arts-assistent visite liep. Ook vermindert gebrekkige dossiervoering de intercollegiale toetsbaarheid van het medisch handelen. Een goede en nauwkeurige dossiervorming strekt er daarnaast toe scherpte in en reflectie op het eigen handelen te vergroten. Van structurele en kenbare reflectiemomenten geven de twaalf ter illustratie bijgevoegde dossiers onvoldoende blijk, terwijl reflectie slechts in beperkte mate blijkt uit voormelde rapporten.*

*Dossiervoering rondom behandelbeperkingen en vraagstukken rondom het levenseinde*

5.9 *De geconstateerde gebreken in de dossiervoering, zoals genoemd in overweging 5.8, doen zich ook voor daar waar het precaire afwegingen en beslissingen betreft op het gebied van behandelbeperkingen (DNR 'do not resuscitate' of DNI 'do not intubate') en op het gebied van beslissingen over het levenseinde. Een genomen DNR beslissing werd vaak niet of onvoldoende onderbouwd genoteerd en/of niet, althans niet kenbaar, heroverwogen bij wijziging van de toestand van de patiënt. Wanneer behandelbeperkingen aan de orde zijn of curatieve mogelijkheden uitgeput raken en palliatieve zorg in beeld komt, is een zorgvuldige dossiervorming des te meer vereist, juist vanwege de betrokkenheid van patiënt, familie en zorgverleners, alsmede de complexiteit en gevoeligheid van deze vraagstukken. Daarbij dient voor alle betrokkenen duidelijk te zijn wat de opties zijn en welk pad zal worden bewandeld. De opties, besluiten, verleende toestemming, alsmede contact met patiënt en familie, dienen helder onderbouwd te worden genoteerd in het dossier. Daarbij mag er niet van uitgegaan worden dat de patiënt (en diens familie) wel op de hoogte zijn van de ernst van de situatie en de slechte prognose. Juist ook bij toediening van morfine is het van belang de overwegingen daartoe en de toe te dienen hoeveelheid nauwgezet te noteren, evenals het morfinebeleid, zoals dat is besproken met alle betrokkenen. Dit is in een groot aantal gevallen niet of te summier gedaan. Het College kan op basis van de overgelegde stukken – dit wordt nader toegelicht onder (ii) – geen oordeel vormen over de vraag of morfine in de periode 2010/2012 niet conform de Richtlijn Palliatieve Sedatie 2009 is voorgeschreven, zoals door de IGZ is gesteld. Wel wordt ten overvloede opgemerkt dat de 'Richtlijn Hartfalen 2010' morfine alleen geïndiceerd acht in de vroege fase van acuut hartfalen (pag. 52) ter verlichting van pijn en dyspneu, maar niet bij terminaal hartfalen. In die gevallen wordt gestructureerde palliatieve zorg binnen een multidisciplinair team geadviseerd (pag. 55 e.v.). Juist hiervan is niet gebleken. Verweerder heeft betwist dat hij morfine heeft voorgeschreven anders dan bij voormelde indicaties. Hoe dit ook zij, vast staat wél dat in de gepresenteerde dossiers (te) weinig over de afwegingen ter zake is genoteerd.*

*Communicatie huisarts*

5.10 *Daarnaast is komen vast te staan dat op enig moment een forse achterstand was ontstaan in het dicteren van huisartsenbrieven. Ook uit de twaalf overgelegde dossiers blijkt dat in een aantal gevallen de huisartsenbrief maanden te laat is verstuurd. Het is uiteindelijk de*

*verantwoordelijkheid van de betrokken cardioloog dat dit binnen de Maatschap tijdig geschiedt. Het aangevoerde argument dat verweerder niet van de ontstane achterstand op de hoogte was, snijdt geen hout. Hij hoort hiervan op de hoogte te zijn en dit te controleren. Bij ontslag van een patiënt is snelle communicatie met de huisarts van vitaal belang in verband met de continuering van de zorg door de huisarts. Ook bij overlijden van een patiënt moet de huisarts snel op de hoogte worden gebracht in verband met diens zorg voor de nabestaanden van de patiënt.*

*Verantwoordelijkheidsverdeling; hoofdbehandelaarschap, supervisie arts-assistent, communicatie met patiënten; overdracht*

5.11 *De verantwoordelijkheidstoedeling was te informeel geregeld. Mogelijk was bij verweerder(s) veelal bekend wie eindverantwoordelijke (hoofdbehandelaar) was en was er steeds een cardioloog aan te spreken op het beleid, maar er zijn serieuze aanwijzingen dat dit voor verpleging, collega's, patiënten en hun familie niet voldoende duidelijk was. De dossiervoering schoot ook op dit gebied tekort. Dit had beter gemoeten, evenals de supervisie van arts-assistent J., welke supervisie slechts beperkt, althans niet kenbaar, plaatsvond. De ontstane dicteerachterstand is daarvan een treffend voorbeeld. Buiten kantooruren werd de (cardiologische) zorg deels verricht door "algemene arts-assistenten" met slechts beperkte kennis van acute cardiologische problemen. Voor cardiologische bijscholing werd een week stage voor aanvang van diensten ingericht en werd een toets afgenomen. Tijdens de zitting bleek dat borging van de cardiologische kennis voor behandeling buiten kantooruren onvoldoende was.*
*Voorts was er bij verweerder(s), zoals wordt erkend, slechts beperkt aandacht voor (structurele) evaluatie en overdracht van verleende zorg en de vastlegging daarvan. Zo vonden de overdrachtsmomenten – in ieder geval in 2010 – informeel en ongestructureerd plaats; was er geen vast tijdstip op de dag voor overdracht en werden er op dit punt geen aantekeningen gemaakt. Ook werden complicatiebesprekingen niet op structurele basis gehouden en werd de mogelijkheid van obductie uiterst terughoudend gehanteerd. Dit laatste is overigens een algemeen beeld in de Nederlandse ziekenhuizen en is niet specifiek voor de Maatschap.*

*Tussenconclusie m.b.t. (i)*

5.12 *Zoals deels erkend, was er sprake van een patroon van terugkerende tekortkomingen in de organisatie van de binnen de Maatschap geleverde individuele zorg, waarvoor arts N. als medeverantwoordelijke maat een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Binnen de Maatschap was er onvoldoende 'grip' en zicht op het reilen en zeilen; er was onvoldoende scherpte, waardoor de organisatorische zaken binnen de Maatschap niet naar behoren waren geregeld. Verweerder heeft deze tekortkomingen mede laten ontstaan en laten voortbestaan, terwijl er bovendien geen enkele aanwijzing is dat hij zijn collegae cardiologen in de Maatschap (anders dan na interventie door de IGZ) hierop heeft aangesproken. De cardiologen in de Maatschap, onder wie verweerder, hebben in 2012 weliswaar een aantal zichtbare verbeteringen in gang gezet (onder andere daar waar het dossiervorming, complicatiebesprekingen en overdrachtsmomenten betrof) maar dat laat voormelde geconstateerde tekortkomingen onverlet.*

5.13 *Duidelijk is dat de Maatschap diende te functioneren binnen een ziekenhuis, waarin – zo blijkt uit de rapporten – een veelvoud van bestuurlijke en financiële problemen speelde. Hierdoor functioneerde 'het vangnet' voor borging van de kwaliteit van de ziekenhuisbrede geleverde zorg niet goed. Dit ontslaat verweerder niet van zijn eigen professionele verantwoordelijkheid om de organisatie van de Maatschap op een deugdelijk peil te houden. Nu dat is nagelaten, is de conclusie dat verweerder in strijd heeft gehandeld met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid aanhef en onder b van de Wet BIG.*

***(ii) Cardiologische zorg***

5.14 *Het door IGZ gemaakte verwijt is dat bij arts N. in de periode 2010/2012 sprake is geweest van onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen in de verleende cardiologische zorg.*

5.15 *Het College stelt voorop dat de tuchtrechtelijke toetsing zich beperkt tot de twee tuchtnormen van artikel 47 Wet BIG. Binnen dit kader moet worden geoordeeld.*
*Zoals onder 5.2 overwogen, kan het College op basis van de eerste tuchtnorm geen oordeel geven over eventuele tekortkomingen van arts N. in één of meer individuele patiëntendossiers. Het algemene verwijt 'van onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen in de verleende cardiologische zorg' is evenmin onder de tweede tuchtnorm te brengen. De tweede tuchtnorm gaat immers expliciet om 'ander handelen of*

*nalaten (dan de zorg in een individueel geval) in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg'. Dit 'andere handelen' is reeds beoordeeld bij bespreking van de organisatie van de Maatschap onder (i) (zie 5.7 tot en met 5.13). De aard van de 'individuele zorg' – zoals het College dit klachtonderdeel begrijpt – kan niet onder de tweede tuchtnorm worden gebracht.*
*Ten overvloede wordt in dit verband nog na te melden opmerking van de commissie P. onder de aandacht gebracht: "Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de door de zorg veroorzaakte schade en de mate waarin die heeft bijgedragen aan overlijden over de onderzoeksperiode in het G. ziekenhuis niet afwijkt van wat in andere soortgelijke ziekenhuizen in Nederland wordt gevonden. Dat geldt ook voor de afdeling cardiologie. (....)"*
*De nuancering van deze opmerking in het nagekomen addendum van de Commissie P. (productie 30 bij klaagschrift) betreft het hele ziekenhuis en niet specifiek de afdeling cardiologie, zodat aan deze nuancering geen conclusies kunnen worden verbonden ten aanzien van de Maatschap cardiologie.*

***Slotsom***

*5.16 De slotsom van het voorgaande is dat er, in ieder geval op onderdelen, sprake is geweest van een gebrekkige organisatie en samenwerking in de Maatschap cardiologie. Verweerder kan hiervoor op grond van de tweede tuchtnorm (van artikel 47, aanhef, lid 1 en onder b van de Wet BIG) een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Of en zo ja, in welke mate, deze gebrekkige organisatie consequenties heeft gehad voor individuele patiënten van verweerder, heeft het College niet kunnen vaststellen. Onder deze omstandigheden wordt de maatregel van berisping passend en geboden geacht. Doorhaling en schorsing bij wijze van voorlopige voorziening, zoals door de IGZ bepleit, is niet aan de orde.*
*5.17 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op hierna te vermelden wijze."*

## 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven onder "2. De feiten" van de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

## 4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 De eerste grief van IGZ is gericht tegen hetgeen het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen onder 5.2 en 5.3 van de bestreden beslissing. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is IGZ van oordeel dat ook het individuele handelen van elk van de cardiologen in bepaalde patiëntendossiers, ter beoordeling voorligt; primair als een gezamenlijke verantwoordelijkheid en subsidiair als een persoonlijke verantwoordelijkheid. Toetsing onder de eerste tuchtnorm (artikel 47 lid 1 aanhef en onder a van de Wet BIG) is derhalve, naar de mening van IGZ, wel degelijk mogelijk. IGZ heeft vervolgens een nadere toelichting gegeven op de 12 door haar in dat verband overgelegde patiëntendossiers.
De tweede grief van IGZ is gericht tegen hetgeen het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen onder 5.9 en 5.15. Naar de mening van IGZ heeft de gebrekkige organisatie van de zorg ook directe consequenties gehad voor de individuele patiëntenzorg, zodat het Regionaal Tuchtcollege die consequenties bij haar beoordeling had behoren te betrekken.
De derde grief van IGZ bouwt voort op de tweede grief en is gericht tegen hetgeen het Regionaal College heeft overwogen onder 5.16, te weten dat zij niet heeft kunnen vaststellen of en zo ja in welke mate de gebrekkige organisatie van de zorg consequenties heeft gehad voor individuele patiënten, en het daaraan door het Regionaal Tuchtcollege verbonden oordeel dat derhalve doorhaling en schorsing (bij wijze van voorlopige voorziening) niet aan de orde is.
4.2 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de cardioloog niet heeft gegriefd tegen de wel door het Regionaal Tuchtcollege gegrond bevonden klachtonderdelen en de daaraan ten grondslag liggende motivering. Daarmee staat vast dat de Maatschap Cardiologie tekort is geschoten in de organisatie van de zorg en dat de cardioloog, als lid van de maatschap, daarvan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Dat tekortschieten betreft de dossiervoering (rechtsoverweging 5.8 en 5.9), de communicatie met de huisartsen (rechtsoverweging 5.10), de verantwoordelijkheidsverdeling (rechtsoverweging 5.11), onduidelijkheden rond het hoofdbehandelaarschap, de supervisie op de arts-assistenten, de communicatie met patiënten en de onderlinge communicatie en reflectie (overdracht, complicatiebesprekingen en het terughoudend gebruik maken van de mogelijkheid van obductie).

## 5. De beoordeling van de grieven

5.1 De grieven lenen zich voor gezamenlijke behandeling.
Zoals het Centraal Tuchtcollege eerder heeft overwogen (2002/224) kan onder omstandigheden wel degelijk iedere arts binnen een maatschap verantwoordelijk worden gehouden voor de praktijkvoering en de daarbinnen individueel aan een patiënt verleende gezondheidszorg, ook al kan niet expliciet aannemelijk worden gemaakt wat de bijdrage van de betrokken arts is geweest bij het aan de klacht ten grondslag liggende handelen of nalaten. Daarvoor is tenminste vereist dat de maatschap waarvan de arts deel uitmaakt, zodanig is ingericht dat niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt, maar de verantwoordelijkheid in feite collectief wordt gedragen, onder meer door elke patiënt onderwerp te maken van een met regelmaat plaatsvindend collegiaal overleg.
Uit hetgeen door het Regionaal Tuchtcollege is vastgesteld met betrekking tot de gebreken in de organisatie van de zorg, volgt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege, dat in de onderhavige gevallen van een collectief gedragen verantwoordelijkheid onder de eerste tuchtnorm, zoals door IGZ primair betoogd, geen sprake is geweest, nu het aan tal van daarvoor vereiste voorwaarden (zoals goede overdracht, goede onderlinge communicatie en regelmatige patiëntbesprekingen) juist heeft ontbroken.
In zoverre treffen de grieven derhalve geen doel.

5.2 De vraag rijst vervolgens of IGZ ten aanzien van de op grond van de eerste tuchtnorm geformuleerde subsidiaire klacht (inleidend klaagschrift onder 7.3) ontvankelijk is, nu die klacht uitgaat van individuele verantwoordelijkheid van de cardioloog ten aanzien van zijn handelen of nalaten in één of meerdere van de twaalf genoemde patiëntendossiers. De initiële klacht is immers opgezet met het oog op collectieve verantwoordelijkheid en de conclusie is daarop ook gebaseerd, terwijl het in eerste aanleg aan een deugdelijk onderbouwing (per dossier) van deze subsidiaire klacht heeft ontbroken.

5.3 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege verdient de aanpak van IGZ op dit punt allerminst de schoonheidsprijs, maar het is in beginsel toelaatbaar dat IGZ deze, in eerste aanleg summier geformuleerde klacht in hoger beroep van een nadere onderbouwing heeft voorzien. Er is immers geen sprake van een nieuwe klacht, maar van het alsnog funderen van een eerder geformuleerd klachtonderdeel. Ook de goede procesorde staat niet aan behandeling van dit klachtonderdeel in de weg, nu de cardioloog in hoger beroep voldoende in de gelegenheid is gesteld verweer te voeren tegen de nader gegeven onderbouwing van de klacht en van die gelegenheid ook gebruik heeft gemaakt.

5.4 Het Centraal Tuchtcollege zal daarom de twaalf opgevoerde dossiers beoordelen op de vraag of de cardioloog ter zake van één of meer van die dossiers een nader tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Daarbij dient te worden aangetekend dat het ook in het tuchtrecht geldende principe *ne bis in idem* er aan in de weg staat dat aan de cardioloog op de punten waarvoor hem als lid van de maatschap reeds een tuchtrechtelijk verwijt is gemaakt onder de tweede tuchtnorm (welk oordeel in hoger beroep niet meer ter discussie staat) ook nog een op enig individueel patiëntendossier gebaseerd tuchtrechtelijk verwijt zou kunnen worden gemaakt. Waar gesproken wordt van cardiologen wordt daarmee gedoeld op de leden van de maatschap cardiologie die in eerste aanleg collectief het tuchtrechtelijk verwijt is gemaakt als hiervoor weerge-geven onder rechtsoverweging 4.2.

5.5 Casus a
In het aanvullende beroepschrift en in de pleitnota verwijt klager de cardiologen een aantal diagnostische en behandelbeslissingen. In het behandeltraject wordt de cardiologen verweten dat de diagnose ″*dissectie*″ niet met echocardiografie is vastgesteld. Dit verwijt wordt onvoldoende onderbouwd. Immers een transthoracaal echocardiografisch onderzoek heeft onvoldoende sensitiviteit en specifiteit om de diagnose ″*type A dissectie*″ te stellen. Voorts wordt de cardiologen verweten geen werkdiagnose en differentiaal diagnose opgesteld te hebben. Hoewel de status deze begrippen niet als zodanig vermeldt is voldoende duidelijk geworden uit de status dat als werkdiagnose is gebezigd ″*acuut coronair syndroom*″ en als differentiaal diagnose ″*longembolie*″ en ″*dissectie*″. Tevens wordt de cardiologen verweten antistollings therapie te hebben gestart terwijl dit bij een dissectie gecontraindiceerd is. Nu duidelijk is dat de werkdiagnose ″*acuut coronair syndroom*″ is, kan niet het verwijt worden gemaakt dat de antistollings-therapie voor deze diagnose gestart is. Immers, deze diagnose verlangt een snelle behandeling en de kans dat de diagnose ″*dissectie*″ alsnog bevestigd wordt is in de setting van een patiënt met pijn op de borst in verhouding tot de diagnose ″*acuut coronair syndroom*″ zeer klein. Daarnaast is antistollingstherapie bij ″*dissectie*″ weliswaar ongewenst in verband met de noodzakelijk te volgen operatie, maar ook weer niet zo schadelijk dat behandeling niet mogelijk is of de ziekte verergert. Het is niet zozeer de stolling van de patiënt die verdere verslechtering voorkomt maar meer de sterkte van de resterende vaatwand. Het diagnostisch proces is bovendien niet gestaakt na het starten van de antistollingsmedicatie, maar voortgezet met het bepalen van D-dimeren. Toen deze afwijkend bleken is een CT-scan vervaardigd die uiteindelijk de diagnose ″*type A dissectie*″ bevestigde.
Het verwijt dat niet voldoende is aangedrongen op chirurgische behandeling in een cardiochirur-

gisch centrum, direct na het stellen van de diagnose maar pas de volgende ochtend, is onvoldoende onderbouwd. Wel schiet de statusvoering op dit punt ernstig tekort.
Casus b
Deze casus betreft een 82-jarige vrouw, op 24 maart 2010 opgenomen met boezemfibrilleren en druk op de borst. De werkdiagnose luidde "*persisterend boezemfibrilleren waardoor een acuut coronair syndroom met positieve troponine.*" Patiënte is lege artis behandeld en hierop spontaan geconverteerd naar sinus ritme. Patiënte was klachtenvrij en is op 26 maart 2010 weer naar huis gezonden. Niet te voorzien was dat patiënte enkele dagen later thuis plotseling zou overlijden. De communicatie met de familie is niet bevredigend zoals ook reeds is vastgesteld door de klachtencommissie van het ziekenhuis. Een echo tijdens opname of een dag langere opname, zoals IGZ stelt in haar pleitnota, zou de uitkomst van deze casus niet wezenlijk hebben veranderd. Dit neemt niet weg dat een duidelijk standpunt in hoofdbehandelaarschap hier van groot belang zou zijn geweest, met name in de communicatie met de familie. De analyse en behandeling van de geconstateerde trombocytose ligt niet zo zeer op de weg van de behandelend cardioloog. Dit zou poliklinisch door de internist/hematoloog geanalyseerd moeten worden na verwijzing door de cardioloog. Zo ver is het echter niet gekomen.
Casus c
Het betreft een 74-jarige man met oud voorwand infarct en blaas carcinoom. Patiënt werd nu opgenomen met een *ventrikel tachycardie en astma cardiale bij slechte linker kamer* (EF 25-30%). Niet-reanimeren beleid werd afgesproken op grond van de prognose. De kamer was na behandeling echter geleidelijk verbeterd (EF 59%). Bij een vervolgens optredende ventrikel fibrillatie is patiënt niet gereanimeerd en overleden. Het niet herroepen van het niet-reanimeren beleid bij verbetering van de ejectie fractie en dus de prognose, was in dit geval niet terecht.
Casus d
Deze casus handelt over een 74-jarige man met een CABG en PCI in de voorgeschiedenis en een matige linker kamer (EF 40%). Hij werd nu opgenomen met een ACS en decompensatio cordis en behandeld volgens het ACS protocol en later met vulling en dopamine (wegens hypotensie) en antibiotica (wegens infectie). Patiënt is op de afdeling overleden aan "hartfalen." IGZ verwijt de dienstdoende cardioloog (niet zijnde N.) dat er geen differentiaal diagnose is opgesteld hoewel ischemisch hartfalen al vaststond. Dat verwijt is juist. Ook is er de terechte kritiek dat de stagering "eindstadium hartfalen" niet correct is geobjectiveerd (echo) alvorens een niet-reanimeren beleid werd vast gesteld.
Casus e
Dit betreft een 95-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis. Zij werd op de SEH gezien wegens dyspnoe op basis van *decompensatio cordis bij boezemfibrilleren*. Behandeling met een diureticum werd ingezet. Later werd patiënte gedigitaliseerd en kreeg zij een antibioticum. De periode daarna werd gekenmerkt door *ventrikel tachycardieën en bradycardieën waarbij nog steeds dyspnoe*. Hiervoor kreeg zij uiteindelijk morfine. Patiënte is op de afdeling overleden. Een verwijt dat hierbij door IGZ gemaakt wordt, luidt dat er geen antistolling is gegeven. Dit is echter een richtlijn bij boezemfibrilleren waarvan door de behandelend arts op grond van de omstandigheden gemotiveerd mag worden afgeweken. Een verwijt luidt ook dat een ontlastende pleurapunctie achterwege gelaten is. Dit is echter geen gebruikelijke behandeling bij pleuravocht door een decompenatio cordis. Daarnaast wordt de behandelaars verweten patiënte morfine te hebben gegeven. Ook dit is bij een benauwde, gedecompenseerde patiënte niet per se onjuist, mits dit niet tot doel had om hiermee het leven te beëindigen. Van dit laatste was in deze casus echter geen sprake. Het ontbrak bij deze casus aan een helder en gemotiveerd beleid in de status.
Casus f
Een 86-jarige vrouw met ischemisch hartfalen (EF15-20%) en een oud onderwand infarct, werd behandeld met antistolling en diuretica wegens een *atrium fibrilleren met decompensatio cordis.* De dienstdoende cardioloog wordt verweten dat de combinatie van Haldol, digoxine en sotalol een onveilige combinatie is waarbij patiënte aritmieëen zou kunnen krijgen. Feit is echter dat deze medicatie werd toegediend tijdens monitorbewaking. De dosering digoxine (1 mg/24 uur) is een gebruikelijke oplaaddosis. Ook hier wordt het verwijt gemaakt dat morfine werd gegeven bij dyspnoe op basis van decompensatio cordis, maar ook hier geldt dat morfine een plaats heeft bij behandeling van decompensatio cordis, mits dit niet tot doel heeft het leven actief te beëindigen. Van dit laatste was hier geen sprake. Het ontbrak ook bij deze casus aan een helder en gemotiveerd beleid in de status.
Casus g
Deze casus handelt om een 91-jarige patiënt met een infarct en angina pectoris in de voorgeschiedenis. Hij werd nu kort opgenomen met boezemfibrilleren en een recidief infarct. Kort daarop werd hij heropgenomen met pijn op de borst en pompfalen. Patiënt is hieraan overleden. Verweten wordt door IGZ dat patiënt in eerste instantie niet is gecatheteriseerd met het oog op een eventuele uit te voeren coronaire interventie. De dienstdoende cardioloog (niet zijnde N.) heeft gemotiveerd verdediging gevoerd dat de kwetsbaarheid van patiënt dit niet toeliet gezien de grote kans op eventuele complicaties welke te verwachten zouden zijn bij deze ingrepen.
Casus h

Een 83-jarige man met een uitgebreide cardiale voorgeschiedenis, inclusief ischemisch hartfalen, wordt bij herhaling opgenomen met angina pectoris en benauwdheid. Een niet-reanimeren beleid wordt afgesproken en morfine voor de pijn op de borst en de benauwdheid. Wegens het ontbreken van behandelopties wordt een protocol “palliatieve sedatie” toegepast. IGZ verwijt de dienstdoende cardioloog (niet zijnde N.) te weinig onderzoek te hebben gedaan om de situatie in kaart te brengen. Tevens bleek er geen recept voor de toegediende morfine aanwezig te zijn. Tenslotte is een gebrekkige statusvoering hier debet aan de gerezen onduidelijkheid achteraf.

Casus i

Dit handelt over een 87-jarige man met ischemisch hartfalen op basis van een doorgemaakt infarct (EF 28%), daarnaast COPD en DM type II. Patiënt werd opgenomen met een *decompensatio cordis bij een recidief ACS.* Patiënt is op de afdeling overleden. IGZ stelt dat de diagnostiek onvoldoende was waardoor een goede behandeling aan patiënt werd onthouden en patiënt geen lege artis behandeling kreeg. De cardiale prognose bij deze patiënt was echter dermate slecht dat een uiterst terughoudend beleid, gericht op comfort van de patiënt en een niet-reanimeren beleid op zijn plaats waren. Het ontbrak wel aan een goede motivering van het gevoerde beleid in de status.

Casus j

Een 93-jarige vrouw met ischemisch hartfalen (EF 35%) op basis van *doorgemaakte infarcten en een CVA bij paroxysmaal boezemfibrilleren*, werd nu opgenomen na een val met trauma capitis. Er bleek sprake van bradycardieën waarvoor telemetrie en de implantatie van een pacemaker. Tevens werd een niet-reanimeren besluit genomen op grond van de cardiale prognose. Na implantatie bleek een pacemaker dysfunctie (malpacing) waaraan patiënte is overleden. IGZ verwijt de dienstdoende cardioloog (niet zijnde N.) dat het niet-reanimeren beleid te overhaast werd genomen. Tevens stelt IGZ zich op het standpunt dat een besluit tot pacemakerimplantatie, tevens de wens tot reanimeren inhoudt. Dit zijn echter gescheiden zaken die niet zonder meer gekoppeld mogen worden. Het niet-reanimeren besluit wordt genomen op medisch prognostische gronden, waarbij de slagingskans van de reanimatie een belangrijke determinant is, terwijl een pacemaker implantatie een medische handeling is (het implanteren van een hulpmiddel) die weinig belastend voor de patiënte is en de kwaliteit van leven doet verbeteren. Tenslotte wordt een pacemaker doorgemeten ten tijde van de implantatie (door de cardioloog of een technicus) en na een maand op de poli. De thorax foto ter controle van de leadpositie vindt meestal plaats de volgende dag voor ontslag. Ook bij deze casus was de status voering gebrekkig en onvolledig.

Casus k

Dit betreft een 54-jarige patiënte met een blanco voorgeschiedenis, die werd opgenomen met een instabiele angina pectoris/ACS. Zij werd lege artis opgeladen met ACS medicatie en ingestuurd voor PCI naar een interventie centrum. Bij terugkomst in het ziekenhuis ontwikkelde patiënte hoofdpijn waarvoor een pijnstiller door de dienstdoende arts-assistent werd voorgeschreven. Geleidelijk ontwikkelde patiënte meer neurologische verschijnselen en bleek zij, na analyse door de neuroloog in de vroege ochtend, een sub-arachnoidale bloeding (SAB) te hebben. Hierbij was de termijn verstreken voor een zinvol ingrijpen en is patiënte overleden. Het verwijt van IGZ dat er onvoldoende diagnostiek werd gedaan om tot de juiste diagnose te komen lijkt terecht. Dat is te meer het geval daar een SAB een voor de hand liggende diagnose is bij een patiënte, die is opgeladen met meerdere antistollingsmiddelen en hoofdpijn ontwikkelt. Of dit de dienstdoende cardioloog (niet zijnde N.) is te verwijten, is niet aannemelijk geworden nu er waarschijnlijk in eerste instantie geen overleg met hem heeft plaatsgevonden. Pas later, toen het ziektebeeld zich meer had ontwikkeld heeft vermoedelijk overleg plaats gevonden, waarop de neuroloog werd ingeschakeld. Ook hier heeft het ontbroken aan een gedegen statusvoering en een goede overdracht. Tevens is deze complicatie ten onrechte niet op de plenaire complicatiebespreking besproken.

Casus l

Deze casus betreft een 89-jarige man, opgenomen met een collaps. Tevens bestaat er een delier. Patiënt blijkt bradycardieën te hebben die de oorzaak waren voor de collaps en waarvoor de indicatie pacemaker werd gesteld. Echter, voor dat de implantatie daadwerkelijk kan plaatsvinden, overlijdt patiënt. Patiënt kreeg geen uitwendige pacemaker, noch isoprenaline ter overbrugging van de periode tot implantatie. Tevens was er een niet-reanimeren beleid op prognostische gronden afgesproken. Het verwijt dat er geen adequaat overbruggingsbeleid was, lijkt terecht. Het ligt voor de hand dat vanaf het moment dat de pacemaker indicatie gesteld is ook daadwerkelijk naar die indicatie gehandeld moet worden. In de onderhavige casus is een zwalkend beleid gevoerd. Echter, het al of niet reanimeren is een op zichzelf staande discussie, los van de pacemaker indicatie, die meer op grond van een cardiale prognose gebaseerd wordt.

Concluderend kan in het algemeen gesteld worden dat in vrijwel alle casus het aan de maatschap onder rechtsoverweging 4.2 verweten tekortschieten in de organisatie van de zorg ten grondslag ligt aan wat er niet goed is gegaan. Ter zake van de dossiers waarvan vaststaat dat N. individuele zorg heeft verleend aan de patiënt(e), te weten in de casus a, b, c, f, i en l, kan hem naast de onder 4.2 genoemde tuchtrechtelijke verwijten niet ook nog een individueel verwijt worden gemaakt.




## 6. Conclusie

Hetgeen hiervoor is overwogen, leidt tot de conclusie dat de subsidiaire klacht geen doel treft en de grieven falen.
Het Centraal Tuchtcollege hecht er nog aan het volgende te onderstrepen. Er is geen commentaar geleverd op hetgeen het Regionaal College ten overvloede heeft overwogen met betrekking tot de conclusie van het rapport P. *" dat de door de zorg veroorzaakte schade en de mate waarin die heeft bijgedragen aan overlijden over de onderzoeksperiode in het G. ziekenhuis niet afwijkt van wat in andere soortgelijke ziekenhuizen in Nederland wordt gevonden. Dat geldt ook voor de afdeling cardiologie.(…)"* Het Regionaal Tuchtcollege overweegt dat die nuancering het gehele ziekenhuis betreft en niet specifiek de afdeling cardiologie, zodat aan deze nuancering geen conclusies kunnen worden verbonden ten aanzien van de Maatschap Cardiologie. Wat er van die overweging ook zij, in het licht van de toevoeging in de weergegeven conclusie *dat het ook geldt voor de afdeling cardiologie,* is in ieder geval duidelijk dat niet is komen vast te staan dat de sterftecijfers op de afdeling cardiologie in de door de commissie P. onderzochte periode (01-01-2010 tot en met 30-11-2012) afweek van het landelijk gemiddelde in vergelijkbare ziekenhuizen.

Nu van collectieve of individuele schending van de eerste tuchtnorm niet is gebleken zijn er naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen redenen om tot een zwaardere maatregel te komen dan de in eerste aanleg opgelegde berisping. Daarbij tekent het Centraal Tuchtcollege nog aan dat de cardioloog door de gehele gang van zaken rond dit onderzoek en de publiciteit die de zaak heeft gekregen, feitelijk al jaren ernstig beperkt is in de mogelijkheden tot het uitoefenen van zijn beroep als cardioloog, met alle gevolgen die dat voor hem privé heeft gehad.

## 7. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr.drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. M.W. Zandbergen, leden-juristen, prof. dr. R.J.M. Klautz en dr. A.A. de Rotte, leden-beroepsgenoten en mr. M.H. van Gool, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 22 december 2015.

*Voorzitter*

*Secretaris*